THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 THÈSE N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

120

Traitement de la Syphilis du Testicule

CHEZ L'ADULTE

PAR

LE SALVARSAN ET LE NÉO-SALVARSAN

PAR

Georges BARRAUD

Président : M. LEGUEU, *Professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19
1913

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, PINARD, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE TH. GUILLET

En souvenir de ses bienfaits.

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de ma profonde affection.

A MA TANTE TH. GUILLET

Hommage de son filleul reconnaissant.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE DE SANTÉ NAVALE DE ROCHEFORT (1905)

ET EN PARTICULIER A MONSIEUR LE DOCTEUR

GEAY DE COUVALETTE

Médecin-Inspecteur de la Marine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage (1906-1907)

Monsieur le Docteur BOURCY (Laënnec).

Monsieur le Professeur agrégé TUFFIER (Beaujon).

Monsieur le Professeur LANDOUZY, Doyen (Laënnec).

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON (La Charité).

Externat (1907-1911)

Monsieur le Docteur GUIBÉ (Necker).

Monsieur le Professeur agrégé SICARD (Hôtel-Dieu).

Monsieur le Docteur OETTINGER (Broussais).

Monsieur le Docteur GUINON (Bretonneau).

Monsieur le Docteur BROCQ (Saint-Louis).

Internat provisoire (1912 et 1913)

Monsieur le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE (Maternité de Tenon).

Monsieur le Docteur MICHON (Ricord).

Monsieur le Docteur FREDET (La Pitié).

Monsieur le Docteur BAUMGARTNER (La Pitié).

A TOUS MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Docteurs MILIAN et LOUSTE, Médecins des Hôpitaux.

MM. les Docteurs CATHALA et FUNCK-BRENTANO, Médecins accoucheurs des Hôpitaux.

MM. les Docteurs ROBINEAU et HEITZ-BOYER, Chirurgiens des Hôpitaux.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH
DE PARIS

ET EN PARTICULIER A MONSIEUR LE DOCTEUR MESLAY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hopital Kecker
Professeur de clinique des maladies
des Voies Urinaires
a la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL RICORD

Traitement de la Syphilis du Testicule

CHEZ L'ADULTE

par le Salvarsan et le Néo-Salvarsan

INTRODUCTION

Durant notre séjour à l'hôpital Ricord, où nous avons eu l'honneur d'être l'interne provisoire de M. le Docteur Michon, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades adultes porteurs de lésions épididymo-testiculaires. Mais notre attention a été particulièrement attirée par les localisations de la syphilis acquise sur les glandes génitales de l'homme.

Nous n'avons pas eu à constater de lésions exclusivement épididymaires. Les épididymites syphilitiques secondaires, si fréquentes, d'après Dron et les syphiligraphes de l'école lyonnaise, passent d'ailleurs pour exceptionnelles aux yeux de nombreux observateurs qui en arrivent même à douter de la réalité de cette manifestation syphilitique.

En revanche, les cas de syphilis du testicule proprement dit sont assez fréquents dans les salles de

l'hôpital du Midi. On y est donc bien placé pour étudier cette affection qui intéresse à la fois le chirurgien, en raison de la similitude qu'elle présente surtout avec les tumeurs malignes de l'organe, et le médecin qui, une fois le diagnostic posé, doit appliquer la thérapeutique la plus efficace.

La Syphilis testiculaire était exclusivement justiciable du traitement mixte, par le mercure et l'iodure, mais, depuis l'apparition du Salvarsan, il était logique et intéressant de rechercher quelle serait l'action du nouveau médicament sur cette variété spéciale d'accidents syphilitiques. Notre maître, M. le Docteur Michon, avait commencé ces essais thérapeutiques au début de l'année 1911 et les avait poursuivis depuis lors, en revoyant de temps à autre les malades ainsi traités. Aussi, quand M. le docteur Michon nous proposa le sujet de cette thèse, nous l'acceptâmes avec plaisir, sûr que nous étions de trouver en notre maître un guide à la fois éclairé et dévoué. Nous le remercions aujourd'hui très sincèrement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée ainsi que de son précieux enseignement.

Nous avons aussi à exprimer ici toute notre reconnaissance à notre ami M. Thérv, interne des hôpitaux, qui, interne pendant l'année 1911-1912 dans le service de M. le Docteur Michon, y recueillit les premières observations de syphilis testiculaire traitée par le Salvarsan, que nous publions dans cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT CLASSIQUE IODO-HYDRARGIQUE

CHAPITRE I

Historique

Longtemps confondue avec les autres tumeurs du testicule, la syphilis testiculaire n'est devenue une entité morbide nettement individualisée qu'au début du XIXe siècle. Néanmoins, avant même les travaux de Benjamin Bell, qui semble avoir le premier différencié l'orchite blennorragique du sarcocèle syphilitique, le mercure fut employé, d'une façon purement empirique, il est vrai, contre les lésions syphilitiques tertiaires de la glande génitale. C'est ainsi que J. L. Petit cite des cas où le mercure aurait fait merveille. Un peu plus tard, Dupuytren

soumettait ses malades porteurs de tumeurs testiculaires à un traitement antisyphilitique avant de recourir à l'opération et sauvait ainsi un grand nombre de testicules que d'autres auraient amputés. Mais c'était là seulement une méthode aveugle qui n'agissait que par tâtonnements : elle consistait à explorer la maladie au moyen du mercure. Les lésions, quoique spécifiques, pouvaient, dans certains cas, résister au médicament et devenaient de ce fait justiciables du traitement chirurgical, alors que la thérapeutique médicale pouvait encore les guérir.

C'est en 1836 que Wallace (de Dublin), expérimenta le premier l'iodure de potassium contre la syphilis et en signala, dans la *Lancette anglaise* l'action énergique contre cette maladie. Peu de temps après, Ricord s'empara du nouveau remède qu'il étudia plus à fond et on peut dire que c'est lui qui, par ses expériences, par son enseignement, par son autorité, le vulgarisa.

Certes, Ricord a préconisé très fortement le mercure et a même jeté magistralement les bases de la médication hydrargyrique ; mais il a insisté sur ce fait que le mercure « montre surtout sa plus grande « efficacité lorsque l'infection générale caractéristi- « que est à la période des accidents secondaires in- « contestables pour perdre de nouveau ses propriété- « tés médicatrices et curatives dans les accidents « tertiaires et cela d'autant plus que ceux-ci, par « leur forme s'éloignent davantage des précédents. »

Mais si le mercure est ainsi le spécifique de la pé-

riode secondaire, l'iodure de potassium est de même le spécifique de la période tertiaire. Ricord se fit le défenseur de ce médicament résolutif que certains accusaient de produire l'atrophie des organes sécréteurs et des testicules en particulier. « On a encore « confondu ici la maladie avec le remède ; l'atro- « phie, en effet, dépend de la première et non du second. »

Ainsi l'iodure de potassium est un médicament excellent, à condition toutefois qu'il soit donné à des doses suffisantes. Il faut commencer par 1 ou 2 grammes et élever progressivement cette quantité jusqu'à ce que les lésions aient disparu. « Dès la pre- « mière semaine, l'influence curative s'annonce « d'une façon appréciable. Et dans les cas moyens, « 3, 4, 5 semaines au plus suffisent souvent pour « rendre au testicule dégénéré son volume et sa sou- « plesse physiologique. Ainsi l'iodure résout, fond « des testicules gros comme le poing et durs comme « du bois. » Ces cas heureux de guérison sont assez fréquents.

Cependant il arrive que l'iodure demeure parfois inefficace et semble sans effets, en dépit des doses fort élevées auxquelles il est administré. Gosselin, Reclus, Fournier citent de tels exemples de l'impuissance absolue ou incomplète de l'iodure de potassium à guérir certaines lésions syphilitiques testiculaires. A un examen attentif de ces faits, on peut se rendre compte que l'iodure exerce surtout une action merveilleuse lorsqu'il s'agit d'une syphilis

déjà ancienne et il semble que l'efficacité ou l'inefficacité du médicament dépend avant tout de l'âge plus ou moins avancé de la maladie.

Le sarcocèle syphilitique est en effet un accident tertiaire, mais, « assez souvent, d'après Ricord, c'est « un des accidents tertiaires qui se manifestent le plus « tôt : c'est presque un accident de transition », dit-il. Cette opinion a été confirmée depuis par Vidal de Cassis, Nelaton et Reclus pour qui « l'envahisse- « ment du testicule en pleine période secondaire n'est « pas rare » ; tandis que, d'après Fournier, c'est de la deuxième à la quatrième année de la maladie que le sarcocèle syphilitique atteindrait son maximum de fréquence. En réalité, tous ces auteurs ont raison et si l'on voit des sarcocèles apparaître deux ans après le chancre, il en est d'autres qui ne surviennent qu'au bout de 10, 20 et même 30 ans d'infection spécifique.

La syphilis testiculaire rentre donc parmi les accidents qui, selon l'expression de Fournier, occupent « la lisière des périodes secondaire et tertiaire. » Voilà sans doute pourquoi le mercure, spécifique des accidents secondaires, agit seul parfois merveilleusement, de même que l'iodure de potassium, spécifique des accidents tertiaires suffit aussi pour guérir certains cas, surtout ceux qui apparaissent à longue échéance.

Mais très souvent, le plus souvent même, l'association des deux médicaments est absolument indispensable pour triompher des lésions. Il semble

alors que les deux remèdes, loin d'opposer leurs effets, les unissent et les combinent, comme afin de se prêter un mutuel renfort. Ces faits, au reste, sont journellement vérifiés par les observations cliniques qui montrent que certaines manifestations diathésiques guérissent bien mieux sous l'influence combinée du mercure et de l'iodure que sous l'action isolée de tel ou tel de ces médicaments. C'est de cette constatation qu'est né le traitement mixte particulièrement indiqué dans la thérapeutique de la syphilis du testicule.

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT MIXTE

Son application ; ses succès ; ses échecs ; ses inconvénients

Comment appliquer ce traitement mixte ?

Ou bien on peut réunir les deux remèdes (mercure et iodure) dans une même préparation pharmaceutique.

Ou bien on les administre isolément.

Cette seconde méthode est bien préférable d'après Fournier, et cela pour deux raisons :

« 1° Parce qu'on a la liberté de graduer les doses de chacun des remèdes, par exemple d'élever celles de l'un et de diminuer celles de l'autre, suivant les indications, suivant la tolérance, etc.

« 2° Parce qu'elle permet d'élever les doses du traitement mixte à un niveau d'intensité thérapeutique

bien supérieur à celui que permet d'atteindre l'autre méthode. »

On donnera donc d'un côté l'iodure de potassium soit sous forme de solution, soit sous forme de sirop et de l'autre côté on prescrira le mercure isolément. Trois modes d'administration s'offrent au médecin qui pourra choisir suivant les indications particulières la voie digestive, la voie cutanée et la voie hypodermique.

Trois combinaisons sont donc possibles.

1° Association de l'iodure et du traitement mercuriel par ingestion (pilules de Dupuytren par exemple).

2° Association de l'iodure et des frictions (onguent Napolitain).

3° Association de l'iodure et des injections (de sels solubles, quotidiennes ou de sels insolubles, hebdomadaires, suivant les possibilités matérielles).

Fournier, auquel nous empruntons ces conseils, laisse le choix entre les deux dernières méthodes qui lui paraissent toutes deux également recommandables. Elles ont, en effet, l'avantage considérable de ménager l'estomac des malades, tout en permettant de soumettre ceux-ci à un traitement très énergique, voire même intensif.

Les résultats seront alors excellents et, qu'il s'agisse d'orchite sclérogommeuse ou de gomme suppurée et fistulisée, on obtient *presque toujours* la

guérison, si bien que, en définitive, on peut conclure, avec Mauriac, que « c'est le traitement mixte qui convient le mieux dans la grande majorité des cas, quand on a soin d'accentuer les proportions du mercure et de l'iodure, suivant la phase de la syphilis et la forme de l'affection. Le mercure prédominera dans le sarcocèle scléreux précoce. Ce sera l'iodure dans les gommes testiculaires tardives. »

D'après cet auteur, le traitement local devrait venir en aide au traitement général, soit sous forme d'une ou deux onctions mercurielles faites quotidiennement sur la tumeur avec de l'onguent napolitain, soit sous forme d'une sorte de carapace d'emplâtre de Vigo hydrargyrisé, qui serait peut-être moins irritante. Pour Reclus, le traitement local serait sans importance ; seule peut-être la compression, suivant la méthode de Fricke, aurait-elle plus de valeur. Quant à l'hydrocèle qui complique la syphilis testiculaire, elle ne prend jamais des proportions très considérables et le liquide disparaît toujours avec la résolution du sarcocèle. Seule, la ponction pourrait être indiquée, quand le liquide est par trop abondant et qu'il surdistend à l'excès les bourses du malade. Mais le traitement chirurgical (ouverture des abcès gommeux, excision, abrasion, cautérisations violentes des masses exubérantes des fougus), a disparu depuis que la preuve de l'efficacité du traitement mixte a été faite. Il suffit d'ailleurs presque toujours à faire résorber l'hydrocèle et point n'est besoin de pratiquer des appli-

cations locales mercurielles, qui seraient superflues.

Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'il est des cas où la syphilis du testicule est assez souvent réfractaire, et que d'autre part elle revêt parfois une certaine malignité dans son processus nécrobiotique. Aussi le traitement mixte, si énergique qu'il soit lorsqu'il est employé à doses fortes et même par des mains expérimentées, peut-il demeurer inefficace et M. le Professeur agrégé Chevassu dit avoir vu lui-même « d'énormes testicules bourrés de gommes « qu'un traitement spécifique bien conduit (2 centi- « grammes quotidiens de biiodure de mercure et plus « tard 2 à 4 grammes d'iodure de potassium), n'a- « vaient améliorés en rien. » Nous pourrions citer plusieurs exemples de ces échecs du traitement mixte dirigé contre la syphilis testiculaire. Nous nous contenterons de résumer une observation de Péan. Il s'agissait d'un malade de 35 ans qui avait eu, en 1865, un chancre du gland suivi d'un bubon suppuré et de l'apparition de taches sur le corps. Traité par la liqueur de Van Swieten, le malade se maria et eut 4 enfants bien portants. Mais 8 ans après l'accident initial, le malade vit apparaître un sarcocèle du testicule droit qui, d'abord amélioré par l'iodure de potassium, ne tarda pas à se fistuliser et à se recouvrir de forgosités proliférantes, malgré la continuité d'un traitement antisyphilique, iodure et mercure, suivi pendant de longs mois sans résultat. Si bien que Péan, convaincu

qu'il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement, pratiqua la castration. Nous publions nous-même une observation témoignant de l'échec possible du traitement mixte, même rigoureusement appliqué. (Observation I).

Nous pouvons donc conclure avec M. le Professeur agrégé Chevassu : « Il est des syphilis testicu-« laires qui ne régressent qu'incomplètement sous « l'influence du traitement spécifique ; il en est d'au-« tres qui reparaissent avec persistance dès que le « traitement est interrompu. »

D'autre part, le traitement mixte n'est pas applicable absolument chez tous les malades, car il faut compter avec les cas d'intolérance du mercure ou de l'iodure qui peuvent empêcher la mise en vigueur sérieuse du traitement iodo-hydrargyrique et faire ainsi échouer la thérapeutique classique. Nous n'avons pas la prétention d'exposer ici tous les accidents auxquels peuvent donner lieu le mercure et l'iodure. Nous voulons seulement rappeler que, même manié par des mains habiles et expertes, le traitement mixte peut se heurter à des idiosyncrasies qui constituent parfois des contre-indications formelles.

L'iodure est un médicament généralement bien toléré par l'économie, mais il n'est pas sans comporter des désagréments, des inconvénients, voire même des dangers. Les accidents de l'iodisme peuvent être simplement bénins, auquel cas tout se réduit à un coryza incoercible et à quelques éruptions

sans importance. Mais c'est là un avertissement et, à ce moment déjà, il est urgent d'abandonner l'administration de l'iodure, car ces troubles bénins deviendraient rapidement graves. C'est alors que surviendraient les œdèmes dont les variétés les plus graves, œdème de la glotte et œdème du poumon, peuvent entraîner la mort. Les troubles gastro-intestinaux pouraient ainsi que les phénomènes cérébraux (migraines, vertiges, ivresse ou stupeur) présenter une intensité rapidement inquiétante. Les hémorragies diverses et surtout les hémoptysies pourraient venir encore obliger d'interrompre le traitement iodique, qui forcément demeurerait sans effet. Il convient de faire remarquer cependant que, en présence des petits accidents de l'iodisme, certains auteurs conseillent au lieu de supprimer l'iodure d'augmenter les doses car, dans certains cas, les doses fortes seraient mieux tolérées que les doses faibles. Quoi qu'il en soit, tous ces accidents iodopotassiques dérivent d'une disposition individuelle absolument mystérieuse et en même temps étrangement capricieuse, car on voit parfois des malades qui, après avoir été incapables de tolérer l'iodure à un moment donné de leur existence, arrivent ensuite à le prendre sans accidents, quelques années plus tard. Inversement d'ailleurs, certains sujets qui absorbaient d'abord l'iodure sans inconvénients, finissent par ne plus le tolérer au bout d'un certain temps. Certes, ces accidents iodopotassiques sont rares quand le médicament est employé

avec prudence et sagacité, mais, outre qu'ils prouvent surabondamment combien de précautions exige l'emploi de l'iodure de potassium, ils sont parfois tellement rebelles et l'idiosyncrasie tellement marquée que certains syphiligraphes, et non des moindres, ont pu être obligés, dans des cas d'ailleurs exceptionnels, de renoncer à l'iodure de potassium. C'est ainsi que Fournier écrit : « Très positi-« vement, il y a des sujets pour lesquels l'iodure est « un poison, voilà le fait » et plus loin : « A titre de « spécimen, je pourrais citer l'histoire d'une vingtai-« ne pour le moins de mes malades à qui il m'a été « impossible, littéralement impossible de faire tolé-« rer l'iodure. »

Il en est de même pour le mercure qui pourtant est un remède admirablement toléré par l'économie dans la presque totalité des cas. Les phénomènes d'intolérance partielle sont, en réalité, assez fréquents : ils surviennent environ chez un sujet sur vingt, surtout chez les malades traités par les injections d'huile grise. Mais parmi ces accidents, il faut distinguer les phénomènes d'intolérance buccale, gastro-intestinale et rénale, et les troubles de la nutrition générale d'une part, qui sont en général évitables grâce à une surveillance attentive du malade, et d'autre part, les inconvénients et même les dangrs qui résultent des exanthèmes mercuriels. Ces derniers accidents sont au-dessus de nos moyens et peuvent suffire à empêcher l'application de la mé-

dication hydrargyrique : il est vrai de dire qu'ils sont exceptionnels.

Exceptionnels aussi sont les cas d'intolérance absolue au mercure : ils n'en sont cependant pas moins réels et indiscutables et nous pourrions rapporter ici les observations de deux malades signalées l'une par M. Fournier et l'autre par M. Jeanselme où l'intolérance au mercure, sous quelque forme qu'il fût administré (pilules, frictions ou injections), était telle que l'on dut renoncer à son emploi, malgré des accidents syphilitiques si graves qu'ils entraînèrent la mort des sujets, sans qu'on ait pu alors tenter une autre thérapeutique, plus efficace.

Ainsi donc, et pour nous résumer, le traitement mixte peut suffire *presque toujours* à guérir la syphilis du testicule ; mais la médication iodo-hydrargyrique peut déterminer dans des cas d'idiosyncrasie, rares, mais réels, des accidents qui obligent d'interrompre son emploi, et, d'autre part, il n'est pas douteux, que, devant certaines lésions particulièrement rebelles, le traitement classique demeure impuissant.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT PAR L'ARSÉNOBENZOL

CHAPITRE I

L'Arsénobenzol employé après échec du traitement mixte

Voici trois ans à peine que le 606 ou Salvarsan a fait son apparition, créant une ère nouvelle dans la thérapeutique de la syphilis. Et déjà tout le monde reconnaît que le Salvarsan est un médicament efficace contre la plupart des manifestations de la syphilis. Presque tous les observateurs ont dû, en effet, se mettre bientôt d'accord devant l'évidence des faits pour reconnaître au Salvarsan une action particulièrement et rapidement cicatrisante sur toutes les lésions ulcéreuses, qu'il

s'agisse de chancre, de syphilides secondaires ulcéreuses ou d'ulcérations tertiaires, de même qu'il dessèche et guérit en peu de temps les syphilides érosives, papulo-érosives et papulo-hypertrophiques sur lesquelles il fait merveille. Enfin son action est absolument indiscutable sur la syphilis maligne précoce, dont les lésions s'étaient toujours montrées fort rebelles au traitement mercuriel. Ce sont là autant de points nettement acquis à l'heure actuelle. Mais s'il est d'autres indications du Salvarsan qui sont encore discutées, il est deux cas dans lesquels tous les syphiligraphes préconisent son emploi :

1° Quand le mercure s'est montré insuffisant.

2° Quand le mercure n'est pas toléré.

D'autre part, notre maître, M. le Docteur Brocq, envisageant le cas d'un malade atteint d'accidents viscéraux tertiaires, s'exprimait ainsi récemment : « Si ces accidents viscéraux ne coïncident pas avec « une des contre-indications bien établies du Salvar- « san, *on peut* recourir à ce médicament. »

« Si ces accidents viscéraux ont déjà été traités « sans grands résultats par le mercure et l'iodure de « potassium, *il faut*, avec grande surveillance, em- « ployer le Salvarsan. »

Or, ainsi que nous venons de le voir, la syphilis testiculaire, lésion viscérale tertiaire, peut résister parfois au traitement mixte. Il était donc parfaitement logique d'essayer l'emploi du 606 dans les cas de syphilis testiculaire où le traitement classique

avait échoué. C'est ce qui fut fait dès l'année 1911 dans le service de notre maître, M. le docteur Michon, à l'hôpital Ricord. Le succès de l'arsénobenzol fut d'ailleurs complet ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION I

(*Service de M. le docteur Michon*)

L. L..., cuisinier, 35 ans. Entré à l'hôpital le 4 octobre 1911.

Antécédents : Accident primitif il y a quinze ans.

Accidents secondaires : roséole discrète ; collier de Vénus ; plaques muqueuses buccales.

Il y a six ans, c'est-à-dire neuf ans après le chancre, le malade présenta un sarcocèle du testitule gauche ; il se soigna alors avec de l'huile grise et de l'iodure de potassium (2 à 3 grammes par jour). Sous l'influence de ce traitement, le testicule gauche qui avait été dur et bosselé, redevint souple et régulier ; la sensibilité testiculaire, qui avait disparu, revint complètement ; de même, le cordon qui, d'après le malade, avait été énorme, reprit ses dimensions normales ; bref, il ne persista plus qu'une légère hydrocèle cloisonnée.

Mais quatre ans plus tard, il y a environ dix-huit mois, le testicule droit se prit à son tour : durant ces six derniers mois, le malade prend régulièrement chaque jour des pilules de Dupuytren et 2 grammes d'iodure de potassium. Néanmoins, les lésions persistent et le malade vient consulter.

Examen. — Le 4 octobre :

Appareil génital : Testicule droit : augmenté de volume, gros comme un œuf de poule, légèrement aplati en galet dans le sens transversal, un peu irrégulier. Le testicule a complètement perdu sa sensibilité. La tête et la queue de l'épididyme sont normales. Pas d'hydrocèle. Le cordon est gros, dur ; on ne peut en pincer les éléments, mais le déférent est indemne.

Testicule gauche : légère hydrocèle généralisée avec poche plus volumineuse au niveau de la tête de l'épididyme ; la queue de cet organe est légèrement augmentée de volume ainsi que le corps. Quant à la tête, elle est masquée par l'épanchement situé en avant. Le testicule, caché par l'hydrocèle, est difficilement perceptible, mais il a conservé sa sensibilité normale. Ni déférentite, ni funiculite.

Traitement.

11 octobre : Première injection intra-veineuse de 0. g. 60 de Salvarsan ; fièvre légère.

18 octobre : A droite, le testicule a repris à peu près sa taille et sa consistance normales ; la sensibilité commence à revenir ; mais la funiculite antérieure persiste.

A gauche, l'hydrocèle a diminué et tend à se cloisonner au niveau de la tête de l'épididyme.

Deuxième injection intra-veineuse de 0 gr. 60 de Salvasan, bien supportée.

20 novembre : A gauche, disparition complète de la poche d'hydrocèle.

A droite : le testicule est tout à fait normal ainsi que l'épididyme.

La sensibilité est revenue, très légèrement amoindrie toutefois. Seule, la funiculite antérieure persiste encore un peu.

Depuis le 20 novembre 1911, ce malade a été revu très fréquemment et suivi très régulièrement.

En juin 1913, il ne présentait plus trace d'aucune lésion : la sensibilité est parfaite.

Cette observation nous paraît très concluante. Voici un malade qui, il y a 6 ans, à l'occasion de son premier sarcocèle localisé au testicule gauche, est soigné par l'huile grise et l'iodure de potassium. Ses lésions se sont alors améliorées très nettement et le malade n'a conservé qu'une légère hydrocèle de ce côté gauche. Depuis 18 mois, le testicule droit s'est pris à son tour et pendant 6 mois le malade suit un traitement mixte sérieux. Mais malgré les pilules de Dupuytren et les 2 à 3 grammes d'iodure de potassium qu'il prend chaque jour, il présente encore un testicule augmenté de volume, en galet, complètement insensible avec de la funiculite antérieure sans déférentite. Or, ces lésions qui paraissaient si rebelles au traitement mixte, disparaissent et cèdent dès la première injection de Salvarsan, au bout de 8 jours. Une seconde injection fait résorber l'épanchement de la vaginale gauche et fait reparaître la sensibilité perdue du testicule droit. Seule la funiculite antérieure persiste pendant quelque temps. Mais ce malade a été revu fréquemment depuis sa sortie de l'hôpital ; le 20 novembre 1911 et, sans avoir jamais suivi d'autre traitement, il n'a plus présenté de lésions syphilitiques, ni aux organes génitaux, ni en aucun autre point de l'organisme. La funiculite antérieure elle-même a complètement et

définitivement disparu ; bref, tout est rentré dans l'ordre, ainsi qu'on l'a constaté au mois de juin 1913.

A côté de cette observation, nous résumerons celle, non moins édifiante, que publia, en 1911 également, M. le Professeur agrégé Sabrazès, de Bordeaux.

OBSERVATION II

(*Résumée*) (1)

(MM. Sabrazès et Dflbourg)

L. D.., 27 ans, cultivateur, est envoyé à l'hôpital d'isolement des maladies infectieuses de Pellegrin (service de M. le professeur agrégé Sabrazès) en octobre 1910, parce qu'il est atteint d'une angine à fausses membranes et d'accidents syphilitiques rebelles aux traitements appliqués jusque-là.

Le chancre, génital, date du mois de mai 1910, mais le traitement n'a été commencé qu'au mois de septembre suivant, alors que le malade était atteint de céphalée intense l'ayant obligé à se faire hospitaliser.

Il lui fut fait dix injections de benzoate de mercure à la dose de 0,01 centigramme chacune. Depuis quelques jours, il prenait en outre du sirop de Gibert modifié, contenant 25 grammes d'iodure de potassium pour 500.

---

(1) Dans toute la littérature médicale, cette observation est la seule que nous ayons pu trouver, où le Salvarsan ait été employé pour combattre des lésions syphilitiques tertiaires qui, dans ce cas d'ailleurs, coexistaient avec des gommes multiples sous-cutanées.

Antécédents personnels : 7 fluxions de poitrine avant l'âge de dix ans.

A 24 ans, au régiment, rougeole compliquée de croup.

Examen. — Le 29 octobre 1910. Le malade se plaint d'éprouver une grande gêne à la déglutition. Il est porteur d'une angine ulcéreuse à fausses membranes, intéressant principalement l'amygdale droite et ses piliers. On constate de nombreux ganglions cervicaux, axillaires et inguino-cruraux, ainsi qu'un volumineux ganglion sus-épitrochléen.

On ne constate aucune autre lésion à l'examen des autres appareils. Les urines ne contiennent pas de traces d'albumine. La réaction de fixation de la syphilis, faite avec le sérum, est très positive.

On prescrit des gargarismes iodés et des injections intra-musculaires hebdomadaires de 0 gr. 10 de calomel.

La première de ces injections a été faite le 2 novembre et le malade a reçu la sixième injection le 7 décembre.

Ce traitement s'est montré peu efficace ainsi que le démontre l'évolution des lésions existant au moment où il fut institué et l'apparition de nouveaux accidents durant la période pendant laquelle le malade y fut soumis.

C'est ainsi que le 8 novembre, après la première injection, on constate une localisation orchi-épididymaire, sous forme d'une tuméfaction ligneuse, arrondie, peu douloureuse, du volume d'une noix, siégeant au niveau de la tête de l'épididyme. Cette tuméfaction s'accrut rapidement, malgré une deuxième injection de calomel et, les jours suivants, testicule et épididyme ne formaient plus qu'un seul bloc induré et indolore, du volume d'une orange, où il était impossible de distinguer le sillon séparant normalement les deux organes. Le scrotum n'était pas encore adhérent à la tumeur.

A la date du 10 novembre, l'amygdale droite est presque

complètement éliminée. L'excavation qui en résulte, cratériforme, est comblée d'exsudats blanc-grisâtres, tenaces, renfermant de nombreux tréponèmes associés à des germes de toutes sortes. Les fausses membranes qui occupaient les piliers du voile à droite ont disparu, mais il en existe encore une, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes à la partie inférieure de l'amygdale gauche. L'adénopathie cervicale est en décroissance notable. Grâce à des attouchements quotidiens de l'ulcération amygdalienne avec une solution d'acide chromique au 1/10 et à des lavages de l'arrière-gorge avec de la liqueur de Van-Swieten diluée dans quatre fois son volume d'eau, l'ulcération de l'amygdale droite se déterge et bourgeonne ; les fausses membranes ont disparu au niveau de l'amygdale gauche.

Le 8 décembre, le malade a reçu ses six injections de calomel. Mais on constate alors l'apparition au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche d'une tumeur du volume d'une noisette, indolore spontanément et à la palpation. Cette tumeur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elle est adhérente à la peau, qui présente une coloration rouge cuivre à son niveau et entourée d'une zone d'infiltration. On est en présence d'une gomme près de s'ouvrir.

On cesse les injections de calomel, on prescrit le sirop de Gibert à la dose d'une cuillerée à soupe par jour.

Le 15 décembre, les lésions amygdaliennes sont à peu près dans le même état. La gomme sous-cutanée de la cuisse gauche s'est ouverte, laissant s'écouler une sérosité purulente.

On constate en outre, la présence d'une gomme fluctuante siégeant au niveau de la tête de l'épididyme et soulevant la peau du scrotum. Cette gomme a le volume d'une noisette. Elle est entourée d'une zone indurée formant collerette, adhérant à l'épididyme et au centre de laquelle le doigt trouve un cratère où il peut refouler le liquide

distendant les téguments. L'évolution de cette lésion a été complètement indolore. Il existe enfin une autre gomme sous-cutanée à la face antérieure du bras gauche, gomme survenue sans douleurs et ouverte spontanément.

Le 20 décembre, la gomme du scrotum s'est ouverte ; on ne réussit pas à trouver de spirochètes dans le liquide qui s'en écoule assez abondamment. En raison de l'inertie du traitement mercuriel, M. Sabrazès fait une injection intra-veineuse de 55 centigrammes de Salvarsan en solution légèrement alcaline dans 250 centimètres cubes de solution physiologique de sel marin.

L'injection fut suivie d'une grande agitation et d'une céphalée violente, accompagnée de vomissements, tous phénomènes qui se sont calmés progressivement. Le soir, la température était de 38°2.

Le 21 décembre, le malade va très bien ; tous les troubles de la veille ont disparu.

Le 23 décembre, c'est-à-dire 3 jours après l'injection, la gorge est complètement décapée. Le malade se trouve mieux, il n'est plus gêné pour avaler.

La lésion testiculo-épididymaire a subi des modifications encore plus manifestes. Au lieu de la masse unique indurée, que formaient les deux organes, on constate qu'ils tendent à se délimiter comme à l'état normal : un sillon s'accuse entre eux ; le testicule a presque complètement retrouvé sa consistance et sa sensibilité normales. Le volume de la lésion épididymaire a diminué de moitié, la gomme s'est affaissée. La pression donne lieu à un léger suintement alors que l'écoulement était auparavant très marqué. De même, les gommes de la cuisse et du bras gauche sont très améliorées.

28 décembre : la gorge s'est complètement nettoyée. Par la fistule du scrotum s'écoule une minime quantité de liquide lactescent. Les gommes du bras et de la cuisse sont presque complètement cicatrisées.

L'épididyme est complètement séparé du testicule, mais la tête de cet organe présente encore la grosseur d'un bout de doigt.

La réaction de Wassermann est encore positive.

On fait alors dans les deux régions fessières une injection de 55 centigrammes de Salvarsan, injection d'ailleurs assez douloureuse.

31 décembre. L'état du testicule s'est modifié considérablement. Seule la tête de l'épididyme, grosse comme une noisette, présente encore des lésions. Le trajet fistuleux est complètement tari. Les gommes de la cuisse et du bras sont cicatrisées.

2 janvier 1911 : la rétrocession des lésions est de plus en plus manifeste.

Au scrotum, plus de suppuration ; l'infiltration est molle ; les téguments sont souples. La tête de l'épididyme ne présente plus qu'une petite induration du volume d'une noisette. Les lésions de la cuisse et du bras sont guéries, de même que celles de la gorge.

Ainsi donc, sur cette forme grave de syphilis, le mercure, administré pourtant sous une de ses formes les plus actives, le calomel, et à des doses suffisantes (o,6o centigram.), avait si peu d'action que de nouveaux accidents et en particulier une gomme testiculaire se produisaient en dépit et au cours même du traitement. Or, toutes ces lésions ont au contraire rétrocédé rapidement dès la première injection intra-veineuse de 55 centigrammes de Salvarsan et guéri complètement à la suite d'une seconde injection de la même dose, pratiquée, celle-ci, dans les muscles fessiers.

Rapprochons de cette observation si éloquente celle-ci qui a été prise à l'Hôpital Ricord en juillet 1911. On y verra qu'un malade, syphilitique depuis 6 ans, — après s'être soigné sérieusement pendant 4 ans par des injections de biiodure et de calomel, puis pendant les deux dernières années par un traitement mixte sérieux, — présenta des accidents tertiaires multiples au cours même de ce traitement et que, 3 mois après un traitement mixte de 2 ans, il fut atteint de lésions épididymo-testiculaires doubles. Du côté droit, une gomme s'était déjà ulcérée ; une seconde était sur le point de s'ouvrir quand on pratiqua une première injection de Salvarsan. La gomme ramollie et fluctuante se fondit alors et deux injections suffirent pour guérir en quelques semaines ces accidents graves et rebelles au traitement classique. Voici d'ailleurs les faits :

OBSERVATION III

(*Service de M. le Docteur Michon*).

D..., 27 ans, employé des postes.

Entre le 10 juillet 1911 à la salle 1, lit n° 6.

Vient consulter pour tumeur du testicule.

Antécédents : Chancre syphilitique génital en 1905.

Période secondaire : pas de roséole ; céphalée ; adénopathies cervicales multiples ; alopécie.

Peu de jours après le chancre (8 jours, dit le malade), est apparue, sur la face antéro-externe de la jambe gau-

che une ulcération dont la cicatrice, à bords polycycliques persiste. Le malade s'est soigné sérieusement dès le début : pendant 4 ans, biiodure et calomel ; puis pendant 2 ans, traitement mixte. C'est seulement en avril 1911 que le malade a cessé tout traitement.

De 1905 à 1910, pas d'accidents ; mais, malgré la continuité et l'intensité du traitement, le malade présenta en 1911 de nombreux accidents tertiaires, vraisemblablement des gommes dont les cicatrices arrondies persistent sur e dos (3) et sur la cuisse droite (2).

Histoire de la maladie actuelle : il y a environ un mois, le testicule gauche, au niveau duquel existait déjà un varicocèle, a grossi petit à petit insensiblement, si bien que le malade ne s'en aperçut qu'au bout d'un certain temps. Toutefois une légère douleur apparut au bout de quelques jours et le malade constata alors que la peau était un peu rouge à la face antérieure du scrotum ; 15 jours après le début, une ulcération s'y constituait.

Examen actuel. — Testicule gauche : doublé de volume, de la grosseur du poing, très dur, et douloureux, mais seulement à une pression énergique. On ne sent d'ailleurs qu'une masse unique, ligneuse, pas très régulière et dans laquelle il est impossible de distinguer ce qui revient au testicule et à l'épididyme. Au niveau de la face antérieure du scrotum existe une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 fr., à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux. Tout autour la peau est rouge et enflammée ; toute la région est douloureuse car il existe de l'infection secondaire. Plus bas, presque au niveau de la queue de l'épididyme existe un foyer fluctuant. Il s'agit sans nul doute d'une gomme ramollie et non encore ulcérée.

Cordon : Pas de déférentite, mais funiculite antérieure, du reste assez légère : on sent séparément les divers éléments épaissis individuellement.

Testicule droit : un peu augmenté de volume, mais a conservé sa sensibilité normale. Au niveau de la queue de l'épididyme, il existe un petit noyau dur, indolent, qui ressemblerait assez à un noyau blennorragique, mais le malade n'a jamais eu de blennorragie. On trouve d'ailleurs, en outre, un autre noyau élastique sur la tête de l'épididyme, mais plus petit que celui de la queue.

Cordon : pas de déférentite ; peut-être une légère funiculite antérieure, mais moins marquée que de l'autre côté.

Prostate : normale. Aucun trouble urinaire.

Autres organes. — Téguments : à gauche, près de l'angle interne de l'œil il existe une syphilide tuberculo-croûteuse.

Poignet droit : présente une tuméfaction qui durerait depuis un an. Siégeant à la face externe du radius, elle n'est pas fluctuante, mais on localise nettement un point osseux douloureux sur l'apophyse styloïde du radius : c'est une hyperostose.

Enorme ganglion épitrochléen droit, gros comme une noix.

Pas de troubles nerveux, ni viscéraux.

Traitement : 12 juillet : première injection de 0 gr. 60 de Salvarsan intra-veineux ; aucun incident.

19 juillet : la tumeur a diminué considérablement ; c'est à peine si maintenant la bourse gauche est plus grosse que la droite. La gomme qui n'était pas ouverte et qui siégeait au pôle inférieur de la tumeur a disparu. Quant à la gomme ulcérée elle est maintenant en pleine voie de réparation ; elle bourgeonne activement ; seul le fond est encore bourbillonneux. Le cordon au contraire ne présente pas grande modification.

A droite, les deux noyaux épididymaires persistent,

mais dans son ensemble l'épididyme est plus souple et moins bosselé.

La syphilide tuberculo-croûteuse du nez a disparu en cinq jours. Il en est de même de l'hyperostose du poignet droit. Le ganglion épitrochléen a considérablement diminué : c'est à peine s'il a maintenant le volume d'une petite noisette.

2e injection. — De 0 gr. 60 de Salvarsan intra-veineux et pommade au calomel sur la gomme.

26 juillet : même état local, sauf que l'ulcération diminue chaque jour. C'est maintenant très nettement le type de l'orchite scléro-gommeuse. Testicule et épididyme forment un bloc dur, lourd, irrégulier et indolore.

Le cordon a repris son volume normal.

26 novembre : le malade revient 3 mois après sa sortie de l'hôpital et après la cessation du traitement qui n'a consisté qu'en deux injections intra-veineuses de Salvarsan à la dose de 0.60 centigrammes chaque. Le testicule est alors nettement fibreux, plutôt petit, avec des irrégularités. Sa sensibilité a à peu près totalement disparu. La tête et le corps de l'épididyme sont au contraire normaux. Sa queue est encore un peu dure et diminuée de souplesse.

On voit donc que le Salvarsan peut triompher de certaines lésions syphilitiques du testicule qui se sont montrées réfractaires au mercure et à l'iodure seuls ou associés. Il n'est pas douteux, dès lors, que l'on doit en tenter l'emploi, et avec le plus grand espoir de réussir, toutes les fois que la thérapeutique classique a échoué.

CHAPITRE II

L'Arsénobenzol employé d'emblée, sans traitement mixte préalable

Au surplus, depuis 1911, c'est-à-dire depuis deux ans, notre maître, M. le Docteur Michon a de plus en plus abandonné le traitement mixte pour essayer d'emblée l'arsénobenzol dans les cas de lésions syphylitiques du testicule. Les résultats de ce traitement ont été excellents aussi bien pour les formes sclérogommeuses, les plus fréquentes, que pour les formes gommeuses, même fistulisées. Point n'est besoin de commenter longuement ces observations, car il nous semble que les faits y parlent d'eux-mêmes et d'une façon assez éloquente et assez claire.

Toutes les fois qu'on a employé le Salvarsan dans le service de M. le Docteur Michon, à l'hôpital Ricord, ce fut en injections intra-veineuses et jamais on n'a observé d'accidents sérieux. On ne l'a utilisé, il est vrai, que chez des malades exempts d'insuffisance rénale, hépatique ou cardiovasculaire, in-

demnes d'artériosclérose et d'affections aortiques, ainsi que de lésions graves du système nerveux. On ne l'a pas employé non plus chez des malades cachectiques, ni chez des tuberculeux cavitaires. Enfin on a exigé que les malades restent à jeun et étendus 4 à 5 heures après l'injection et on les a presque toujours gardés 24 heures dans le service en ayant soin de prendre leur température toutes les trois heures.

Mais depuis l'avènement du Salvarsan, bien des modifications ont été apportées dans le mode d'administration du médicament, dont la posologie et la constitution même ont été sensiblement remaniées, au fur et à mesure que l'expérience permettait de se rendre compte du mode d'action et des résultats cliniques, immédiats ou plus tardifs, du nouveau remède. Comment d'ailleurs, s'étonnerait-on de l'existence de cette période de tâtonnements, quand on songe qu'il a fallu plusieurs siècles pour fixer les règles du traitement mercuriel ?

Aussi, dans nos observations, verra-t-on successivement employer le Salvarsan, puis le Néosalvarzan. Le Salvarsan, administré pour commencer aux doses élevées du début fut injecté, au bout de quelques mois, d'une façon plus parcimonieuse. Puis plus tard, dans les observations de cette année, qui d'ailleurs nous sont personnelles, on a utilisé le Néosalvarsan, produit incomparablement plus facile à manier, tout en étant moins toxique que le Salvar-

san initial. Nous l'avons toujours employé sous la forme de solutions concentrées selon la méthode de Ravaut et nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de ce procédé à la fois simple, pratique et rapide.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE SÉRIE

Traitement par le Salvarsan

A. Doses fortes

Au début, suivant en cela les conseils de Ehrlich et d'un grand nombre de syphiligraphes, on a utilisé les doses fortes d'emblée de 0,60 centigrammes et on les a répétées 3 fois, à 8 jours d'intervalle.

Les accidents observés dans ces conditions dans le service de notre maître M. le Docteur Michon ont toujours été minimes et les observations suivantes témoignent, au contraire, des résultats heureux qui ont suivi ce traitement.

OBSERVATION III

G... François, 25 ans, employé. Entre le 26 mai 1911. Vient à l'hôpital pour gros testicule du côté droit.

Antécédents personnels : chancre syphilitique en 1908

au niveau du frein ; roséole fugace ; plaques muqueuses buccales ; un peu de laryngite.

Soigné dès le début avec des piqûres (?) et des pilules (?)

Pas de blennorrhagie.

Opéré d'appendicite le 20 août 1909.

Antécédents héréditaires : pas d'antécédents bacillaires.

Maladie actuelle : A débuté il y a trois mois. La bourse grossit petit à petit sans douleurs, mais par poussées, dans l'intervalle desquelles la bourse diminuait plutôt de volume. Cette augmentation de volume ne gêne du reste le malade en aucune façon et, s'il vient à l'hôpital, c'est que, ayant à subir une visite médicale, pour entrer à la Société générale, il a été refusé de ce fait.

Examen de l'appareil génital. — A gauche : Absolument rien au testicule ni au cordon.

A droite : la bourse est triplée de volume, grosse comme un œuf d'oie, bilobée, un peu en forme de brioche, dont la partie inférieure, plus volumineuse, semble répondre au testicule lui-même ; cette masse présente une grande dureté avec quelques irrégularités de surface. La bosselure supérieure semble correspondre à la tête de l'épididyme ; elle est également dure, mais paraît plus irrégulière. La queue de l'épididyme n'est pas appréciable, pas plus que le corps.

Diminution considérable de la sensibilité testiculaire.

Le canal déférent est absolument intact. En avant de lui, on trouve le cordon, un peu épaissi, dont les éléments toutefois sont encore appréciables au doigt qui les laisse échapper. Il n'en existe pas moins de la funiculite nette, alors que le déférent semble tout à fait indemne.

Scrotum : Quelques veines superficielles ; adhère à la masse au niveau de la face externe et au pôle supérieur de la masse qui semble être le testicule.

Vaginale : Englobée dans la tumeur, elle ne peut être pincée.

Toucher rectal : Vésicule séminale droite : gonflée, mais souple.

Prostate : ferme, mais régulière et non hypertrophiée.

Examen d'ensemble. — Membres inférieurs : quelques cicatrices, vestiges de traumatismes ; pas d'hyperostoses, ni de périostite tibiale ; ganglions inguinaux bilatéraux, durs, petits, roulant sous le doigt.

Membres supérieurs. — A gauche : Enorme ganglion épitrochléen.

A droite : A deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'olécrâne et sur le flanc externe du cubitus, il existe une saillie de la grosseur d'une petite noix, sans modification de la peau, très bien limitée à contours arrondis, fluctuantes, avec un peu de douleur à la pression exercée sur le cubitus au travers de la tumeur ; une légère crépitation neigeuse existe à la périphérie de la tumeur.

Cou : Ganglions carotidiens, sous-maxillaires.

Abdomen : Cicatrice d'appendicite.

Autres appareils : Rien d'anormal.

Diagnostic : Assez hésitant.

M. le docteur Alexandre Renault, qui a vu ce malade a diagnostiqué : tuberculose génitale.

Toutefois, on est frappé de l'indolence totale des lésions et la disparition de la sensibilité testiculaire, et surtout par l'existence d'une funiculite sans déférentite. (Symptôme de syphilis, d'après M. le docteur Michon).

Traitement. — On décide donc de mettre le malade au traitement antisyphilitique. Devant repasser une visite médicale le 5 juin pour entrer dans son administration, le malade désirait être fixé d'une façon certaine sur la nature de sa lésion : syphilis ou tuberculose. On décide alors de le traiter à l'arsénobenzol.

27 mai : Première injection intraveineuse de 0 gr. 60 de salvarsan.

28 mai : Aucune réaction au salvarsan ; dès le lendemain, il semble que la tumeur soit moins lourde et moins dure.

30 mai : Diminution considérable de la tumeur qui diminue de plus de moitié. A la palpation, les sensations perçues restent les mêmes ; il existe toujours deux masses qu'on délimite maintenant avec la plus grande facilité : une inférieure, le testicule, toujours irrégulière, dure, insensible ; une supérieure, lisse, la tête de l'épididyme. La zone d'adhérence du scrotum a diminué aussi dans des proportions considérables ; c'est à peine maintenant s'il existe un petit point au niveau duquel le scrotum adhère encore.

Même résolution, aussi rapide et aussi considérable de la gomme du coude droit, qui, moins tendue et beaucoup moins douloureuse, n'a plus maintenant que le volume d'une petite noisette. Quant au ganglion épitrochléen du côté gauche, il n'a absolument pas bougé.

31 mai : Deuxième injection intraveineuse de 0 gr. 60 de salvarsan sans aucune réaction consécutive.

4 juin : Amélioration considérable ; la tumeur est maintenant à peine du volume d'un tout petit œuf de poule. L'adhérence du scrotum a complètement disparu. Le testicule est toujours dur, insensible à la pression, un peu irrégulier. La tête de l'épididyme a gardé son volume, mais elle est plus élastique. La gomme du coude droit a complètement disparu. Le ganglion épitrochléen gauche, qui n'avait pas bougé dans les jours consécutifs à la première injection est maintenant complètement fondu. La funiculite a notablement regressé ; le cordon paraît encore gros dans l'ensemble mais il est notablement moins volumineux et beaucoup plus souple qu'au début.

6 juin : Le malade quitte l'hôpital.

7 juin : La gomme a complètement disparu.

Troisième et dernière injection intraveineuse de 0 gr. 60 de salvarsan.

26 juin : Disparition complète de la tumeur ; la sensibilité testiculaire est complètement revenue partout. Il ne persiste plus qu'une légère nodosité au niveau du pôle inférieur du testicule.

OBSERVATION IV

R..., 58 ans, employé de commerce.

Entre à l'hôpital le 5 juin 1911 pour gros testicule gauche.

Antécédents personnels : Rien avant la syphilis. Accident primitif 1909 ; traité par des injections de benzoate de mercure (24cc) et en 1910 série de huit piqûres d'huile grise.

Roséole intense ; plaques muqueuses labiales.

Iritis bilatéral en 1910 et qui dure encore.

Examen actuel. — Testicules : A droite : bourse au moins doublée de volume ; fluctuation nette ; il existe de l'hydrocèle gênante pour l'examen ; il n'est pas possible de délimiter les diverses portions du testicule qui présente une insensibilité presque complète.

Le canal déférent est normal ; mais, au devant, le cordon apparaît gros comme un gros crayon. Il est en même temps très dur ; toutefois, on arrive à pincer les divers éléments individuellement épaissis.

A gauche, le testicule est petit et atrophié, il a toujours été ainsi.

Le début de l'affection remonte à six semaines ; il a été assez brusque, avec douleur, mais pas de rougeur ni d'inflammation.

La douleur a disparu assez rapidement, mais le testicule est resté aussi gros qu'au début.

Prostate et vésicules séminales : Normales.

Téguments : Plaques de syphilides papuleuses et même papulo-tuberculeuses au niveau de la face interne des deux cuisses, du coude droit, de l'épaule gauche. En outre, sur les deux jambes, nombreuses cicatrices circinées de syphilides papuleuses datant de 1910.

7 juin : La tuméfaction du testicule a encore augmenté de volume. L'état du cordon est stationnaire.

Première injection de 0 gr. 60 de salvarsan intraveineux.

14 juin : L'injection précédente de salvarsan a été suivie de « mal au cœur » mais, sans nausées réelles, ni vomissements.

Le testicule a diminué au moins d'un tiers de son volume primitif.

Il a maintenant le volume d'une petite orange ; l'hydrocèle est beaucoup moins volumineuse et beaucoup moins tendue.

On arrive maintenant à travers la mince couche de liquide, à sentir des plaques dures surtout au niveau de la queue de l'épididyme. Le testicule est encore difficile à percevoir ; mais la sensibilité est un peu revenue à son niveau et la pression est ici un peu douloureuse. Le cordon n'est pas sensiblement modifié. En revanche, les syphilides tuberculeuses du corps sont moins infiltrées ; elles commencent surtout à se décolorer au centre alors que la périphérie ne s'est pas encore modifiée. Deuxième injection de 0 gr. 60 de salvarsan intraveineux.

21 juin : La bourse a diminué considérablement de volume ; il reste toujours encore un peu d'hydrocèle, mais on arrive maintenant à sentir l'épididyme, augmenté de volume, surtout au niveau du corps et de la queue ; il est un peu douloureux à la pression. Le testicule ne semble pas présenter de plaques indurées, mais la pression à son niveau est encore assez peu indolore.

Pas grandes modifications du côté du cordon qui garde un épaississement net.

Les syphilides tuberculo-papuleuses n'ont pas varié autant qu'on aurait pu l'espérer : Au centre, teinte blanche avec rétrocession manifeste, mais la périphérie reste infiltrée et rouge. Pas d'incidents au moment de la deuxième injection.

Toutefois, le malade dit qu'il a été mal à l'aise pendant 24 heures : il n'a eu ni fièvre, ni nausées, ni diarrhée.

Troisième injection de 0 gr. 60 de salversan intraveineux.

Le malade est revu le 15 août : Disparition absolument complète des lésions ; le testicule droit est normal ainsi que l'épididyme.

La sensibilité est revenue complètement. Il n'y a plus trace d'hydrocèle.

En résumé, impossibilité de distinguer le côté où siégeait la lésion.

OBSERVATION V

O..., 59 ans, égoutier, entre au lit n° 21 de la salle 3 le 8 juin 1911.

Sorti le 5 juillet 1911.

Le malade vient consulter pour gros testicule droit.

Antécédents personnels : chancre syphilitique il y a trente ans, traité par des pilules de protoiodure pendant six mois.

Période secondaire discrète (roséole, quelques papules et plaques muqueuses buccales).

Pas d'accidents tertiaires.

Première blennorragie il y a onze ans ; durée, trois se-

maines ; traitement : injections de permanganate de potasse.

Deuxième blennorragie il y a 2 mois, durée un mois ; traitement : lavages au permanganate de potasse.

Histoire de la maladie actuelle : Depuis un mois le malade n'a plus de goutte, mais c'est au cours de sa dernière blennorragie que la tumeur du testicule a fait son apparition ; début très aigu, il y a environ 1 mois : douleurs extrêmement violentes avec vomissements, température à 40° pendant trois jours.

Le 1er juin, 3 semaines après le début, les douleurs disparaissent et à ce moment le malade s'aperçoit qu'un petit abcès s'est ouvert à la partie postéro-inférieure de la tumeur.

Examen le 9 juin : tumeur de la bourse droite atteignant presque le volume du poing et dans laquelle il est difficile de reconnaître la part du testicule et de l'épididyme. Cette tumeur n'est pas de consistance uniforme : très dure en arrière, au niveau du corps de l'épididyme et au niveau de la tête, elle est fluctuante en avant où il existe manifestement une poche de vaginalite séreuse cloisonnée ; elle est pâteuse au niveau de la partie postéro-inférieure (queue de l'épididyme) où il existe un abcès.

A ce niveau est une fistule, qui donne issue à un liquide séro-purulent, plutôt même séreux que purulent.

L'orifice de la fistule est sans grand caractère, le liquide qui s'en écoule est aseptique et ne contient ni gonocoques, ni bacilles de Koch.

Cordon : pas de deférentite mais funiculite antérieure considérable.

A gauche : Rien au testicule, ni au déférent, ni au cordon.

Prostate : Prostatite glandulaire surtout à droite, avec écoulement de liquide prostatique après massage mais ce liquide ne contient aucun microbe.

Symptômes vésicaux nuls et pas de goutte. Examen urétral ne découvre au microscope aucun microbe.

En présence de ces différents symptômes, le diagnostic demeure très hésitant, orchi-épididymite blennorragique ? ou tuberculeuse ? ou syphilitique ? néanmoins on décide d'essayer le traitement spécifique.

14 juin : Première friction mercurielle de 4 gr. et 4 gr. d'iodure de potassium.

15 juin : Stomatite qui fait renoncer au traitement mixte.

Le jour même on pratique une première injection de 0 gr. 60 de Salvarsan intraveineux.

17 juin : Pas grand changement ; toutefois, on sent mieux les parties ; il semble que le testicule est un peu caché par une lame d'hydrocèle cloisonnée et que l'épididyme est très augmenté de volume.

21 juin : Deuxième injection de Salvarsan intraveineux.

25 juin : Régression, mais pas très considérable.

28 juin : Troisième injection, 0 gr. 60 de Salvarsan intraveineux.

3 juillet : Diminution notable.

Le testicule diminué presque de moitié n'a plus qu'à peine le volume d'un œuf de poule.

La fistule persiste et donne un liquide sereux.

On trouve toujours une grosse masse épididymaire, dure comme du bois, non bosselée, à bords indurés, masse absolument indolente. En avant, dans une sorte de cupule épididymaire, repose une masse arrondie, bien limitée, roulant sous le doigt, qui, à une pression très énergique et à cette condition seulement, révèle une sensibilité testiculaire du reste diminuée ; c'est le testicule, au devant duquel est une lame très mince de vaginalite séreuse cloisonnée.

Cordon présente toujours de la déférentite antérieure, sans funiculite.

5 juillet : Le malade quitte l'hôpital sans que l'on ait un diagnostic bien précis. Evidemment, la tumeur a diminué de volume, mais assez lentement et la fistule persiste.

Le malade est revenu le 26 novembre 1911 : L'épididyme est redevenu absolument normal. Le testicule ne présente qu'une petite plaque blindée dure, mais sa sensibilité est revenue à peu près totalement. La fumiculite antérieure seule persiste.

Le malade est revu le 21 janvier 1912.

La guérison est alors complète, car la déférentite a complètement disparu. Le testicule est remarquablement souple et lisse.

OBSERVATION VI

B... Jacques, 50 ans, terrassier.

Entré le 17 juillet 1911 à la salle 1, lit n° 10. Vient à l'hôpital pour gros testicule droit.

Antécédents personnels : Blennorragie il y a 15 ans, rétrécissement de l'urètre (bougie 8), dilatés actuellement à la Polyclinique. Chancre syphilitique génital il y a 6 ans.

Période secondaire : céphalée, roséole ; quelques poussées papuleuses. Pas d'algies, ni d'alopécie, ni d'adénopathie.

Pas d'accidents tertiaires.

Jusqu'à maintenant, traitement nul.

Histoire de la maladie actuelle : le testicule gauche a

commencé à grossir en février dernier, mais la tuméfaction aurait disparu en 15 jours.

Il y a un mois, le testicule droit a commencé à grossir ; en deux jours, il est devenu très gros ; en même temps douleurs assez vives dans le testicule et dans les lombes ; rougeur de la peau et fièvre. Mais les phénomènes aigus ont disparu au bout de 3 à 4 jours. En même temps, le testicule a beaucoup diminué, d'après le malade ; toutefois, il n'est jamais revenu à son état normal.

Examen actuel : A droite : le testicule a le volume d'un gros œuf de poule, il est lisse mais recouvert d'une légère lame d'hydrocèle. Sa sensibilité est considérablement diminuée. La queue de l'épididyme est perceptible, dure et indolore.

Cordon : grosse funiculite antérieure, du volume du petit doigt. Le déférent est peut-être un peu gros.

A gauche : le testicule est de volume normal, mais sa sensibilité est très diminuée. L'épididyme est induré dans toute son étendue et assez irrégulier.

Cordon : funiculite antérieure, mais moins marquée qu'à gauche. Le déférent, un peu gros présente le même volume qu'à droite.

Prostate : normale. Troubles urinaires nuls.

Examen somatique : Rien d'anormal.

Traitement.

19 juillet : Première injection 0 gr. 60 de Salvarsan intra-veineux.

21 juillet : La tumeur a régressé à vue d'œil : en 3 jours le testicule droit a repris son volume normal. De ce même côté droit, l'épididyme a conservé les mêmes dimensions et on le sent irrégulier et bosselé.

Le testicule, qui maintenant paraît sain, est néanmoins toujours insensible.

A gauche, les lésions épididymaires sont à peu près les

mêmes qu'à droite, à cela près qu'elles sont moins considérables. Il reste encore une série de noyaux dont le principal siège sur la queue. Mais dans l'ensemble, le changement est tout à fait énorme.

Le cordon est plus souple mais toujours gros.

2e injection de 60 centigrammes de Salvarsan intra-veineux.

Le 25 octobre 1911, le malade est revu.

A droite : le volume du testicule est normal ; l'organe est régulier, de consistance normale. La sensibilité à la pression est revenue ; toutefois, elle est un peu moins vive que de l'autre côté et nécessite, pour être mise en évidence, une pression plus énergique. L'épididyme, qui a repris son volume normal, ne présente plus que quelques tous petits noyaux insignifiants.

Le cordon a repris ses dimensions normales : la funiculite a totalement disparu.

A gauche : testicule, épididyme et cordon sont tout à fait normaux.

OBSERVATION VII

B... Jean, 41 ans, comptable.

Entre à l'hôpital le 27 juillet 1911.

En sort le 17 août 1911.

Vient pour gros testicule gauche.

Antécédents personnels : Il y a 23 ans, chancre syphilitique qui n'a été suivi d'aucun autre accident, jusqu'à il y a dix mois. A ce moment, survint une orchite du testicule droit qui a été enlevé, mais après l'opération, on a reconnu qu'il s'agissait de syphilis du testicule.

Pas de blennorragie dans les antécédents.

Histoire de la maladie actuelle : Il y a 6 mois, le testicule gauche à son tour a commencé à augmenter de volume. Ce début a été subaigu, avec douleurs.

Examen actuel : testicule gauche : a la grosseur du poing ; il est dur, irrégulier et a perdu sa sensibilité normale. En outre, on trouve au pôle supérieur du testicule, une grosse masse du volume d'une grosse noix.

Epididyme : queue légèrement indurée et augmentée de volume. La tête présente un noyau bosselé.

Cordon : funiculite antérieure, mais pas de déférentite.

Prostate : normale. Pas de troubles urinaires.

Traitement.

2 août : Première injection de 0 gr. 60 de Salvarsan intra-veineux ; fièvre à 38°5, nausées et frissons, mais pas de vomissements ni de diarrhée.

9 août : la tête et la queue de l'épididyme sont beaucoup plus souples et plus nettement perceptibles. Le testicule a diminué de volume, mais il reste dur et insensible, avec une grosse tumeur qui en occupe la presque totalité.

2e injection de Salvarsan intra-veineux : elle ne fut pas suivie de fièvre mais deux jours après survinrent de la diarrhée et des nausées, qui durèrent trois jours. Trois heures après la piqûre, le malade se plaignit de troubles visuels : « les yeux papillotaient. »

16 août : Le testicule est revenu à son volume normal, mais il présente toujours à son pôle supérieur une grosse induration irrégulière et indolente qui occupe la moitié supérieure de la glande. La tête de l'épididyme est encore légèrement indurée, mais la queue est redevenue normale. La funiculite antérieure persiste.

En raison des troubles qui suivirent l'injection précédente, on n'injecte cette fois-ci que 0 gr. 30 de Salvarsan intra-veineux.

Le malade est revu le 10 octobre : induration de la taille d'une noisette au niveau du pôle supérieur du testicule. Au-dessous, la sensibilité est complètement revenue. La queue et le corps de l'épididymie sont redevenus normaux ; la tête seule présente encore un léger noyau. La funiculite antérieure a à peu près totalement disparu. Le scrotum est de volume normal. Toutefois, la réaction de Warssermann est encore positive.

B. Doses faibles

Ainsi qu'on a pu le voir, les doses de Salvarsan qui ont été injectées aux malades dont les observations viennent d'être rapportées, ont toutes été assez bien tolérées. Si elles ont été suivies de réaction plus ou moins vives, elles n'ont jamais entraîné la production d'aucun accident grave.

Néanmoins, ces doses de 60 centigrammes furent bientôt reconnues trop fortes par la plupart des auteurs, car elles déterminèrent des accidents graves ou même mortels qui, bien que rares en réalité, eussent suffi à faire abandonner la nouvelle méthode, si l'on avait persisté à injecter d'emblée de grosses quantités de Salvarsan. Les quelques observations suivies de désastres, qui furent alors publiées, prouvèrent qu'il était éminemment dangereux de faire d'emblée une seule injection à dose

massive. Dès lors, on eut recours à des injections intra-veineuses successives, suffisamment rapprochées et à doses progressivement croissantes. C'est ainsi que, au lieu d'administrer 1 gr. 80 en 3 fois, on fractionna les doses en commençant par des doses faibles qui permettaient de tâter la sensibilité du sujet.

Cette tendance a été sans cesse en s'accentuant. Actuellement, notre Maître M. le Docteur Brocq s'en tient pour la première injection à des doses moyennes de 30 centigrammes de Salvarsan. Si celle-ci a été parfaitement tolérée, il pense qu'on peut, à la rigueur, élever les doses de la 2e et de la 3e injection à 40 centigrammes de Salvarsan. Ces chiffres s'appliquent à des sujets d'un poids moyen de 55 à 65 kilogrammes, mais chez les hommes d'un poids moyen de 70 à 80 kilogrammes, on peut augmenter ces doses de 5 à 10 centigrammes. Mais toujours il faut s'assurer, pour augmenter la quantité de Salvarsan, que la dose précédente a été parfaitement tolérée.

En suivant ces sages conseils de prudence, nous n'avons jamais eu à déplorer d'accidents. D'autre part, ces doses, bien que très sensiblement inférieures à celles qui furent employées au début, nous ont donné des résultats tout aussi bons que ceux obtenus d'abord par les anciennes injections de 0 gr. 60 centigrammes. En outre elles avaient l'inestimable avantage de fournir toutes les garanties de sécurité désirables.

OBSERVATION VIII

F..., 42 ans, garçon de restaurant.

Entre à l'hôpital le 23 novembre 1911 pour gros testicule du côté gauche.

Antécédents personnels : Chancre syphilitique génital il y a six ans.

Période secondaire très discrète avec seulement de la céphalée.

Le malade s'est soigné assez bien pendant un an ou deux, avec des pilules de Ricord et du sirop de Gibert.

Blennorragie il y a huit ans.

Pas d'antécédents bacillaires.

Histoire de la maladie actuelle : le malade est déjà venu à l'hôpital Ricord il y a deux ans ; on lui fit une ponction et on retira du liquide : le scrotum avait alors grossi petit à petit, sans douleurs. Le malade prétend que depuis deux ans, son testicule gauche est toujours resté plus gros que celui du côté droit. Toutefois, dans ces derniers temps, la tumeur a grossi, sans phénomènes douloureux aigus et le malade vient consulter parce que son testicule est lourd et pesant.

Examen actuel. — Testicule droit : souple, de consistance et de sensibilité normales. De même l'épididyme est absolument sain.

Testicule gauche : Se présente sous la forme d'une tumeur piriforme, du volume d'un œuf de dinde. Il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme. Les deux organes sont confondus en une masse unique, d'une dureté presque ligneuse, présentant des irrégularités de surface petites et très nombreuses. Sensibilité testiculaire extrêmement vague et presque nulle. La tumeur se continue en haut avec un cordon dans lequel on sent nettement deux parties : l'une antérieure, de la grosseur du

pouce ; l'autre postérieure qui n'est autre que le canal déférent de consistance et de dimensions normales. Au niveau du point où le cordon atteint le testicule, la tumeur devient plus grosse et plus dure. Pas de liquide dans la vaginale, qu'il est impossible de pincer entre deux doigts.

Pas de ganglions aortico-lombaires.

Prostate : Normale.

Autres organes : Normaux.

Traitement. — 29 novembre : Première injection d'essai de 0 gr. 20 de salvarsan intra-veineux.

7 décembre : La première injection, pourtant très faible, a amené en huit jours une certaine diminution de la tumeur, qui a maintenant le volume d'un œuf de poule à peine ; mais les caractères et la disposition anatomique ne se sont pas modifiés.

13 décembre : 0 gr. 30 de salvarsan intra-veineux.

17 décembre : Le malade dit souffrir dans tout le ventre, surtout au voisinage de l'ombilic ; coliques avec diarrhée, quelques vomissements, température 38°. Pas de douleurs au point de Mac Burney, ni de défense en aucun point du ventre. On prescrit la diète lactée et l'application de glace sur le ventre. Au bout de deux jours, la température tombe, et les accidents disparaissent tout à fait au cinquième jour. Toutefois, on ne croit pas bon de faire l'injection de salvarsan le 20 décembre.

Le 27 décembre : Depuis la dernière injection (le 13 décembre), le testicule n'a cessé de diminuer progressivement. Il n'a plus maintenant que la taille d'un tout petit œuf de poule. Sa consistance est encore dure, mais moins qu'au début et en tout cas plus régulière. En outre, le testicule qui jusqu'alors était totalement indolore à la pression redevient sensible. On arrive en outre à « deviner » la queue de l'épididyme. La tumeur funiculaire immédiatement sus-jacente au pôle supérieur du testicu-

le a disparu. Il reste encore de la funiculite antérieure, mais le cordon, jadis gros comme le pouce, n'a plus maintenant que le volume d'un tout petit crayon et il est bien plus souple.

Troisième injection de salvarsan intra-veineuse, 40 centigrammes.

4 janvier 1912 : Le testicule est maintenant à peine plus gros que celui du côté sain. Sa sensibilité est en partie revenue bien qu'elle soit encore amoindrie par rapport à l'autre côté. Sa consistance est toujours un peu dure et fibreuse, moins qu'au début cependant. Sa surface est encore légèrement grenue. Le cordon n'a pas varié depuis la dernière injection.

Quatrième injection de salvarsan intra-veineux : 0 gr. 45 centigrammes.

8 janvier : Le malade part pour Vincennes. Les lésions sont à peu près dans le même état qu'il y a huit jours. Cependant la sensibilité est redevenue plus nette qu'au dernier examen.

Le malade n'est plus revenu et on n'a pas pu le suivre davantage.

OBSERVATION IX

T..., maître d'hôtel, 38 ans.

Entre à l'hôpital le 5 janvier 1912 pour gros testicule du côté droit.

Antécédents personnels : Accident primitif en 1899 chancre de la lèvre supérieure.

Roséole ; plaques muqueuses buccales.

Pas de blennorragie.

Histoire de la maladie actuelle : Il y a un an environ, le testicule a grossi petit à petit, sans douleur, mais ac-

tuellement le malade ressent un léger tiraillement dans les bourses à cause du volume même du testicule.

Examen actuel. — A droite : Testicule du volume d'un œuf de dinde ; tumeur dure, irrégulière, sans grosse irrégularité de surface, mais avec plutôt de petites granulations disséminées sur toute la surface. La tumeur est légèrement piriforme à grosse extrémité inférieure.

Sensibilité très diminuée. Pas d'hydrocèle ; malgré cela, il est imposible de distinguer dans la masse l'épididyme du testicule.

Cordon : Funiculite antérieure du volume d'un gros crayon, assez souple encore et on arrive à dissocier les divers éléments individuellement épaissis. Mais le déférent est tout à fait indemne.

A gauche : Le testicule a gardé son volume, sa consistance et sa sensibilité normales.

Traitement. — 10 janvier 1912 : injection de 30 centigrammes de salvarsan : aucun incident.

17 janvier : La tumeur a diminué de plus de moitié ; c'est maintenant une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. La consistance est peut-être un peu plus souple, mais toujours grenue. La sensibilité est toujours nulle. On commence à distinguer maintenant la tête et la queue de l'épididyme. La funiculite est toujours perceptible, mais amoindrie. Deuxième injection, 0 gr. 40 de salvarsan (Billon).

24 janvier : La 2e injection a été suivie de malaises importants : frissons, tremblements, diarrhée ; douleurs dans le ventre, mais pas de vomissements ; le malade reste couché quatre jours.

En revanche, l'amélioration s'est augmentée considérablement ; le testicule, qui a gardé le même volume (tout petit œuf de poule) est maintenant remarquablement souple et sensible. Il ne reste plus qu'un petit noyau au ni-

veau du pôle supérieur. La funiculite a diminué très nettement.

29 janvier : L'amélioration est étonnante ; le testicule a repris à peu près son volume normal ; sa surface est toujours un peu irrégulière et sa consistance légèrement indurée, mais sa sensibilité est maintenant à peu près égale à celle du côté opposé.

L'épididyme est toujours assez difficile à délimiter. Quant au cordon il a beaucoup diminué et surtout est beaucoup plus souple. Troisième injection, 45 centigrammes de salvarsan (Billon).

7 février : Le testicule a maintenant un volume sensiblement égal à celui du côté opposé. Sa consistance est beaucoup plus régulière et sa souplesse beaucoup plus grande. Sa sensibilité est à peu près complètement revenue.

Le cordon est maintenant tout à fait normal.

L'épididyme est facilement senti dans son ensemble : il paraît normal.

Quatrième injection, 45 centigrammes de salvarsan (Billon).

Le malade n'est plus revenu et on n'a pas pu continuer à le suivre.

OBSERVATION X

Z..., 37 ans, cordonnier.

Entre à l'hôpital le 15 janvier 1912.

Vient pour gros testicule du côté gauche.

Antécédents personnels : Chancre syphilitique génital il y a douze ans.

Roéséole ; plaques muqueuses buccales.

Pas de blennorragie.

Histoire de la maladie actuelle : En mars 1911, le testicule gauche a commencé à grossir brusquement.

Ce début fut marqué par un peu de douleur, mais sans rougeur ni phénomènes aigus bien accentués.

A partir du mois d'avril suivant (1911) le malade reçut 18 injections d'huile grise ; mais à aucun moment il ne prit d'iodure de potassium.

A la suite de ce traitement, le testicule a un peu diminué mais fort peu, en réalité, et c'est précisément parce que la tumeur persiste que le malade vient consulter le 15 janvier 1912.

Examen. — Testicule droit : Normal.

Testicule gauche : Un peu applati en galet dans le sens transversal, il a la grosseur d'un œuf de poule ; sa surface est régulière, sa sensibilité nulle.

On distingue assez nettement la tête et la queue de l'épididyme.

Cordon : Funiculite antérieure grosse comme un petit crayon. Mais pas de déférentite.

Traitement. — 17 janvier : Première injection de 0 gr. 40 de salvarsan (Billon).

24 janvier : L'injection n'a été suivie d'aucun incident.

Amélioration manifeste ; le testicule a diminué de moitié.

La tête et la queue de l'épididyme sont normales ; cependant, collée à la tête de l'épididyme, il existe, au niveau du pôle supérieur du testicule, une petite nodosité indolente de la grosseur d'une noisette.

Au-dessous est la majeure partie du testicule qui a beaucoup plus de souplesse qu'au début et la sensibilité est notablement augmentée. On arrive maintenant à dissocier beaucoup mieux les éléments différents du cordon, bien que la funiculite n'ait pas disparu en entier. Deuxième injection de 0 gr. 45 de salvarsan (Billon).

30 janvier : Pas d'incidents après la dernière injection, l'état local est sensiblement le même. Troisième injection de 0 gr. 45 de salvarsan (Billon). Pas d'incidents.

7 février : Le testicule gauche est à peine plus gros que le droit, il est plus souple et plus sensible qu'il n'était jusqu'alors.

L'épididyme et le cordon sont absolument normaux.

14 février : Quatrième injection de Salvarsan (Billon), 0 gr. 45.

Testicule gauche : A repris sa grosseur normale, sa sensibilité est revenue. Mais sa consistance est peut-être encore très légèrement indurée et il conserve un petit noyau au niveau du pôle supérieur. Le cordon est normal.

23 février : Même état. Le malade quitte l'hôpital.

Le 20 juillet 1913 le malade est revu ; on constate alors que le testicule gauche est absolument normal : souplesse, forme, sensibilité, normales. Il en est de même du cordon.

OBSERVATION XI

R... Pierre, démolisseur, 47 ans. Salle 4, lit 2. Entré le 13 mai 1913, sorti le 13 juin 1913.

Antécédents personnels : Deux blennorragies il y a 24 et 10 ans, orchite gauche blennorragique guérie.

Chancre mou en 1898.

Il y a quinze ans, chancre syphilitique traité par liqueur de Van Swieten.

Pas de piqûres.

Roséole et céphalée frontale.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a deux mois et demi, sans qu'il y ait eu de blennorragie antérieure, le testicule gauche a commencé à augmenter de volume et de

consistance en même temps qu'apparaissait un écoulement clair qui ne tachait pas le linge et était liquide et très peu visqueux.

Cet écoulement n'a duré que quinze jours.

Examen. — A droite : Rien d'anormal. A gauche, le testicule et l'épididyme forme une mase de la grosseur d'un gros œuf de poule.

Cette tuméfaction est bosselée et indurée par place, présentant des plaques de blindage.

La consistance de l'organe est beaucoup moins ferme dans l'intervalle des plaques.

L'insensibilité testiculaire est absolue.

Cordon : Funiculite antérieure, mais pas de déférentite.

Examen général : Adénopathie inguinale. Aucune autre lésion.

Wassermann : positif.

Traitement. — 25 mai 1913 : Première injection de 0 gr. 30 de salvarsan. Aucun incident.

Cinq jours après, l'amélioration est sensible ; on commence à pouvoir délimiter le testicule qui semble moins dur et l'épididyme qui apparaît bosselé et augmenté de volume au niveau de la tête.

4 juin 1913 : Deuxième injection de 0 gr. 40 de salvarsan. Sans incident.

Cinq jours après, le testicule continue de jour en jour à diminuer de volume. Actuellement on délimite nettement le testicule et l'épididyme.

En bas, la queue de cet organe paraît normale ; la tête au contraire présente toujours un noyau induré.

Au-dessous de la tête de l'épididyme, le pôle supérieur du testicule présente encore elle aussi une masse indurée, grosse comme une noisette et granuleuse.

Le reste du testicule est beaucoup moins dur qu'antérieurement.

Les plaques de blindage ont notablement diminué de consistance.

L'amélioration est en somme très sensible et très rapide.

11 juin : Troisième injection de 0 gr. 40 de salvarsan. Sans incident.

15 juin : Le malade sort.

A ce moment le testicule qui a repris son volume et sa sensibilité normale ne présente plus que quelques petites granulations de la grosseur de grains de plomb, sa consistance est souple, sauf au niveau du pôle supérieur où persiste un tout petit noyau induré. L'épididyme est absolument normal. La funiculite antérieure a complètement disparu.

OBSERVATION XII

T... Germain, nettoyeur, 31 ans, salle 3, lit 23. Entré le 22 mai 1913. Sorti le 13 juin 1913.

Antécédents personnels : Typhoïde en 1902 ; 4 blennorragies dont la dernière date d'il y a six mois.

Mais elle n'a duré que cinq jours et est actuellement complètement guérie : pas de goutte le matin.

Syphilis il y a quatre ans ; chancre génital. Pas de roséole, mais plaques muqueuses buccales.

Histoire de la maladie actuelle : Il y a deux mois et demi le malade a reçu un coup sur le testicule gauche. La douleur fut supportable et sur le moment le testicule n'a pas grossi. Ce n'est qu'un mois plus tard, c'est-à-dire il y a six semaines, que le malade s'est aperçu que son testicule grossissait. Il constata d'abord l'existence d'une petite grosseur (un petit pois) au niveau de la queue de l'épidi-

dyme ; mais il ne ressentit jamais de douleur à aucun moment.

Examen local : Le scrotum est un peu plus vascularisé du côté gauche qu'à droite.

A droite : Rien d'anormal.

A gauche : Testicule et épididyme forment une grosse masse unique de la grosseur d'un gros œuf de poule, de consistance très dure, complètement insensible et absolument lisse et régulière ; pas de plaques de blindage ni de granulation.

Cette tuméfaction est remarquablement lourde et pesante.

Cordon : Funiculite antérieure très nette (gros crayon), mais pas de déférentite.

Examen général : Rien de spécial.

Wassermann : Très positif.

Traitement : 28 mai 1913 : 1re injection de salvarsan, 0 gr. 30.

2 juin : Cette première injection a été bien supportée. Le testicule n'a pas diminué de volume mais il est manifestement moins lourd qu'avant l'injection.

4 juin : 2e injection de Salvarsan, 0 gr. 40.

6 juin : Cette 2e injection a été moins bien tolérée que la première : le malade a eu quelques palpitations de cœur, localement amélioration indiscutable : diminution sensible de volume et surtout la dureté et la consistance ligneuses du début font place à une consistance presque rénitente.

11 juin : 3e injection de Salvarsan, mais étant donné les quelques troubles fonctionnels présentés par le malade, lors de la seconde injection qui avait été de 0 gr. 40, on n'injecte cette fois-ci que 0 gr. 30.

13 juin : le testicule a diminué de moitié : il est beaucoup moins lourd et sa consistance beaucoup plus élastique. Le malade quitte l'hôpital.

7 juillet : Le malade est revu : le testicule gauche a exactement le volume du droit, il paraît à la palpation absolument normal : seule sa sensibilité est encore notablement amoindrie.

Il ne persiste plus qu'un léger degré de funiculite antérieure.

OBSERVATIONS

DEUXIÈME SÉRIE

Traitement par le Néo-Salvarsan

En même temps que la posologie du Salvarsan se précisait, la préparation même du médicament allait sans cesse en se perfectionnant, au point de devenir véritablement pratique et à la portée de tous les médecins.

Pour injecter le Salvarsan avec le minimum de danger il fallait en effet obtenir une solution franchement alcaline. Mais cette alcalinisation, qui permettait d'éviter en particulier les crises nitroïdes, constituait une opération à la fois délicate et importante qui demandait de la part de l'opérateur une certaine habitude, exigeait un dispositif relativement compliqué et comportait toujours une part d'aléas.

Aussi l'apparition du Néosalvarsan, durant le

cours de l'année 1912, a-t-elle constitué un grand progrès dans la thérapeutique de la syphilis.

Nous ne pouvons que signaler ici le double avantage capital du nouveau produit :

D'une part, sa grande solubilité, qui permet de le dissoudre pour ainsi dire instantanément à froid ;

Et d'autre part, et surtout sa neutralité propre qui permet de ne pas le traiter par la soude pour le rendre alcalin. En outre, le Néosalvarsan est moins toxique que son aîné : les doses en devront donc être plus élevés : 0 gr. 45 de Néosalvarsan correspondant à 0 gr. 30 de Salvarsan.

Cette dose de 0 gr. 45 centigrammes de Néosalvarsan paraît être pour la plupart des auteurs la dose de choix. Mais tandis que certains préconisent les injections rapprochées et répétées en série au point d'atteindre des doses de plusieurs grammes, d'autres pensent que le mode d'administration du Neosalvarsan peut être absolument calqué sur celui du Salvarsan en injectant une dose correspondant à celle qu'on aurait donnée de Salvarsan. Il faut, en outre, avoir soin de ne passer à une dose supérieure que si la précédente a été bien tolérée.

C'est cette dernière ligne de conduite que nous avons suivie et elle nous a donné des résultats cliniques absolument comparables à ceux fournis précédamment par les doses analogues du Salvarsan primitif. En outre, voici quelques mois, la technique des injections intra-veineuses s'est encore considérablement simplifiée, depuis que M. Ravaut a expé-

rimenté et vulgarisé sa méthode des injections de solutions concentrées. C'est ce procédé que nous avons employé : nous n'avons ici, ni à en énumérer les avantages très appréciables, ni à en discuter les inconvénients ou les dangers.

Nous citerons simplement les faits suivants qui permettent de conclure que le Néosalvarsan, injecté en solutions concentrées, présente absolument la même efficacité que le Salvarsan, dans le traitement de la syphilis du testicule.

OBSERVATION XIII

O... Adrien, cimentier, 29 ans. Salle 3. Lit 5.
Entre à l'hôpital le 15 juin 1913.
Vient pour gros testicule gauche.
Antécédents personnels : Syphilis il y a 8 ans.
Chancre induré du prépuce.
Aucun autre accident.

Traitement : 20 injections intra-musculaires d'huile grise.

Histoire de la maladie actuelle : Il y a un an le testicule gauche a augmenté de volume et ce début a été marqué par de vives douleurs. Cette tuméfaction a atteint son maximum en deux mois, le testicule était alors triplé de volume d'après le malade.

Examen : Testicule gauche est gros comme un gros œuf de poule, sa sensibilité est presque nulle, il est de con-

sistance dure, mais sa surface est assez lisse du moins dans sa moitié inférieure. Le testicule en effet paraît comme divisé à sa partie moyenne par une sorte de dépression en forme de rainure circulaire, la moitié inférieure semble saine ; la moitié supérieure au contraire est comme criblée de gros grains de plomb.

Du côté de l'épididyme on trouve la tête grosse comme une noix et assez bien limitée, la queue est au contraire mal perçue.

Cordon : funiculite antérieure grosse comme le petit doigt, mais le déférent est normal.

Le testicule droit est absolument sain.

Examen général : Rien de spécial.

Wassermann très positif.

Traitement.

18 juin : première injection de néo-salvarsan, 0 gr. 45, très bien supportée.

25 juin : Le testicule a notablement diminué de volume, on sent encore les granulations qui siègent sur la moitié supérieure de la glande, mais elle sont bien diminuées.

L'épididyme lui aussi est également moins volumineux ; c'est la funiculite qui semble avoir été le moins modifiée.

2e injection de néo-salvarsan de 0 gr. 45, le 9 juillet, le testicule est devenu complétement lisse on ne trouve plus trace de granulations, la sensibilité est presque normale, le testicule est à peine un peu plus volumineux que celui du côté sain, seul l'épididyme est encore légèrement hypertrophié, mais régulier et souple.

3e injection, 0 gr. 75 de néo-salvarsan.

20 juillet : le malade est revu complètement guéri : Volume, souplesse, sensibilité testiculaire sont normales.

OBSERVATION XIV

G..., comptable, 35 ans.

Entre à l'hôpital le 2 juillet 1913.

Antécédents : Une seule blennorragie, il y a 9 ans ; elle fut compliquée d'une orchite droite qui a duré un mois.

Chancre syphilitique, il y a sept à huit ans.

Roséole ; plaques muqueuses buccales ; céphalée.

Traitement. : piqûres d'huile grise, pendant 3 ans.

Le malade n'a plus suivi de traitement mercuriel depuis environ 4 ans.

Histoire de la maladie actuelle : il y a deux mois, le testicule droit a commencé à grossir, sans douleurs, tout à fait insidieusement.

Examen actuel.

A gauche : testicule normal.

A droite : le testicule augmente de volume a la grosseur d'un gros œuf. Sa consistance est ferme et dure, irrégulière d'ailleurs. On trouve quelques plaques de blindage, mais pas de bosselures, ni de granulations. La sensibilité testiculaire est abolie. La déformation en galet n'est pas bien nette. L'épididyme est un peu augmenté de volume et dur. Le canal déférent est normal, mais la funiculite antérieure est très nette et grosse comme le petit doigt.

L'examen général : rien d'anormal, sauf légère bronchite.

Wassermann : positif.

Traitement.

2 juillet 1913 : Première injection de 45 centigrammes de Néo-Salvarsan : aucun incident. Le lendemain, le malade ne pouvant rester à l'hôpital en raison de ses occupations, quitte l'hôpital et reviendra 8 jours après, pour une seconde injection.

9 juillet : 2e injection, 75 centigrammes de Néo-Salvarsan. Amélioration notable.

Le testicule a diminué de volume et surtout il est plus sensible qu'au début.

Sa consistance est moins dure. Les plaques de blindage qu'on sentait nettement au début ont maintenant complètement disparu. L'épididyme paraît sain. Mais la funiculite antérieure persiste toujours.

16 juillet : 3e injection de Néo-Salversan, 75 centigrammes : le testicule est gros comme une grosse noix ; il est beaucoup plus souple. Sa sensibilité est presque semblable à celle du testicule gauche. La funiculite antérieure a diminué (petit crayon).

23 juillet : 4e injection de Néo-Salvarsan : 75 centigrammes. Le testicule n'est pas plus volumineux que le gauche, sa souplesse est normale ; sa sensibilté est aussi marquée que celle du côté sain. La funiculite n'existe plus.

OBSERVATION XV

C... Louis, 34 ans, employé.

Entré le 10 juin 1913 ; salle 3, lit 9.

Antécédents : blennorragie, il y a un an, complètement guérie.

Il y a 10 ans, le malade aurait eu un chancre mou (?).

Jamais d'autres accidents.

Histoire de la maladie actuelle : Il y a 2 mois, le testicule droit a augmenté de volume rapidement, en 3 à 4 jours, en même temps qu'il était le siège de douleurs vives. Le malade porta un suspensoir et au bout de quelques jours, les douleurs se calmèrent, mais la grosseur persista.

Examen actuel. — A droite : Le testicule forme une masse volumineuse, grosse comme un œuf de dinde dure et lisse, de consistance inégale. La tumeur présente en effet deux parties, siégeant, l'une au pôle supérieur, l'autre au pôle inférieur de la masse. La partie centrale, au contraire, en est franchement dure et ferme, mais ne présente pas de plaques de blindage. Le testicule est complètement insensible.

La tête de l'épididyme est un peu indurée et semée de granulations, grosses comme de gros grains de plomb. La queue de l'organe est englobée dans la masse testiculaire et à ce niveau, on ne peut faire la part de ce qui appartient au testicule et à l'épididyme.

Cordon : Est augmenté de volume dans son ensemble, mais on peut arriver à pincer les différents éléments individuellement épaissis. En arrière de cette funiculite antérieure, grosse comme un gros crayon, on perçoit nettement le canal déférent qui est absolument sain.

La prostate est normale. On ne trouve pas trace d'écoulement urétral.

Examen général : Les différents appareils sont normaux.

Téguments : Sur les membres inférieurs, cicatrices brunâtres, au niveau de la face interne des tibias. Elles paraissent dues à des syphilides qui se seraient produites il y a trois mois et dont la nature a été méconnue.

Wassermann : Très positif.

Traitement. — 18 juin 1913 : Première injection de néo-salvarsan, 45 centigrammes ; bien tolérée. Mais le soir de l'injection le malade a ressenti des douleurs assez vives dans le testicule malade. Aucune douleur dans le testicule sain. Le soir de l'injection également, des petites taches purpuriques ont fait leur apparition sur le fond brunâtre des cicatrices prétibiales.

25 juin : 2e injection de néo-salvarsan, 45 centigrammes. Le testicule droit a notablement diminué de volume ;

il est à peine gros comme un petit œuf de poule. Toute la moitié inférieure de l'organe a repris une consistance normale. A la partie supérieure, au contraire, il existe encore un noyau du volume d'une noisette, un peu ramolli. Les nodosités de la tête de l'épididyme ont complètement disparu. La queue de l'organe commence à se dégager de la masse testiculaire et l'on sent une petite ébauche de sillon entre le testicule et l'épididyme. Le testicule est un peu sensible à la pression. La funiculite antérieure n'a pas diminué. Quant aux taches purpuriques des cicatrices prétibiales, elles persistent comme au premier jour.

2 juillet : 3° injection de néo-salvarsan, 75 centigrammes ; sans incident. Le testicule est à peine un peu plus volumineux que celui du côté sain. Il a repris sa consistance normale, sauf au niveau de son pôle supérieur, où l'on perçoit toujours une masse du volume d'une noisette et qui est légèrement molle et presque fluctuante.

L'épididyme est redevenu absolument normal et est maintenant nettement séparé du testicule. La funiculite antérieure est très diminuée, mais persiste.

9 juillet : 4° injection de néo-salvarsan, 75 centigrammes ; sans aucun incident. Le testicule est absolument normal, il n'est pas plus gros que le testicule sain, sa sensibilité est parfaite, sa consistance normale, sauf au pôle supérieur où l'on sent une très légère induration, du volume d'un petit haricot. La funiculite antérieure a presque complètement disparu.

RÉSULTATS

Les quinze observations précédentes ont été prises dans le service de notre Maître M. le docteur Michon, durant les années 1911, 1912 et 1913. Toutes sont inédites ; les cinq dernières nous sont personnelles. Ces observations nous paraissent concluantes quant à l'efficacité du Salvarsan et du Néo-Salvarsan dans le traitement de la syphilis du testicule.

Il nous semble bon de faire remarquer, dès maintenant, que les résultats heureux qui ont été obtenus, ne sont pas seulement transitoires et passagers, mais que, bien au contraire, ils nous paraissent durables et sans doute définitifs. Un certain nombre de malades traités durant les premiers mois de l'année 1911, ont été revus en effet en juin 1913, plus de deux ans après la fin du traitement ; et, bien qu'ils n'eussent plus suivi aucune médication, on a pu constater que les lésions du testicule étaient complètement guéries.

Les quinze cas que nous avons rapportés, sont tous caractérisés par des lésions avant tout testiculaires, les lésions épididymaires n'étant qu'accessoires et surajoutées.

La syphilis du testicule proprement dit se présente sous trois formes anatomopathologiques différentes : la forme sclérogommeuse, de beaucoup la

plus fréquente, la forme gommeuse rare et la forme scléreuse qui est souvent l'aboutissant des deux formes précédentes.

Il est bien entendu que cette forme scléreuse pure où l'élément noble de la glande a fait complètement place à du tissu fibreux, est absolument incurable aussi bien par le Salvarsan que par le traitement mixte. Le haricocèle est fatalement, de par la nature même de ses lésions, au-dessus de toute thérapeutique.

Mais dans les deux cas de gommes testiculaires ouvertes que nous avons observées, (observation II et V), ainsi d'ailleurs que dans l'observation publiée par M. Sabrazès, de Bordeaux, le Salvarsan a fait merveille, puisque 1 gr. 80 dans un cas et 1 gr. 20 dans l'autre ont, en un mois à peine, cicatrisé les ulcérations et fermé les fistules et que l'un des malades a pu être revu absolument guéri, six mois après la fin du traitement.

Dans les orchites sclérogommeuses, les résultats n'ont pas été moins favorables. Très rapidement, au bout de 3 à 5 jours, presque toutes les tumeurs ont diminué très sensiblement, sinon de volume, du moins de poids. Une seule injection le plus souvent a suffi pour permettre de distinguer le testicule de l'épididyme jusqu'alors confondus en une masse unique et volumineuse où la palpation la plus minutieuse n'arrivait pas à les délimiter. En général, après 3 ou 4 injections, tout était rentré dans l'or-

dre si bien que l'on ne pouvait plus distinguer dans certains cas, le côté qui avait été malade, du côté sain.

Le Salvarsan a fait disparaître, tout aussi bien que le traitement mixte, les hydrocèles symptomatiques de lésions testiculaires syphilitiques (Observations I et III en particulier).

Mais surtout, l'action du Salvarsan nous a paru remarquable à un double point de vue.

Très souvent, quand le malade venait consulter, on constatait une insensibilité testiculaire complète : la pression la plus énergique était indolore pour ces testicules prêts à se scléroser. Mais après 2, 3 ou 4 injections de Salvarsan, suivant les doses employées, la sensibilité testiculaire reparaissait sous nos yeux, augmentant chaque jour davantage pour redevenir semblable à celle que l'on constatait du côté sain.

D'autre part, la lésion qui nous a semblé la plus rebelle au traitement, est la funiculite antérieure qui, le plus souvent, ne disparaissait qu'après la troisième et souvent même la quatrième injection de Salvarsan. Cette lésion tenace nous a d'autant plus frappé que notre Maître M. le Docteur Michon avait attiré notre attention sur l'existence constante de cette funiculite. Nous l'avons d'ailleurs constatée chez chacun de nos malades alors que nous ne l'avons pas trouvée signalée dans les ouvrages classiques. Cependant M. le Professeur agrégé Chevassu n'a pas été sans remarquer lui aussi que le

plus souvent dans la syphilis du testicule le cordon est le plus souvent épaissi et infiltré alors que le canal déférent demeure absolument sain. Peut-être cette funiculite antérieure sans déférentite, pourrait-elle avoir une certaine valeur diagnostique dans les cas délicats.

CONCLUSIONS

1° Dans l'immense majorité des cas de syphilis testiculaire, le traitement mixte donne d'excellents résultats, mais il arrive parfois qu'il demeure impuissant ou qu'il est mal toléré.

2° Le Salvarsan et le Néo-Salvarsan, administrés à des doses prudentes, mais suffisantes et sauf dans les cas contre-indiqués, agissent très rapidement, très efficacement et d'une manière qui semble durable, contre les formes sclérogommeuses et gommeuses de la syphilis du testicule.

3° Ils peuvent même guérir des malades chez lesquels le traitement mixte, quoique bien dirigé, avait échoué.

4° La technique nouvelle des injections intra-veineuses en solutions concentrées a rendu l'emploi de ce médicament à la fois simple et rapide, absolument comparable aux injections intra-veineuses de

mercure. Le Néo-Salvarsan constitue donc un moyen de traitement très pratique, et, dans certains cas, le plus efficace, de la syphilis du testicule.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu le président de la thèse,

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BROCQ. — Annales de Dermatologie et syphiligraphie n° 6. Décembre 1912.

BROCQ. — Comment peut-on et doit-on à l'heure actuelle employer le salvarsan ? (in Presse Médicale, 1913).

BELL. — Traité de la gonorrhée virulente (Trad. de Bosquillon), 1802.

CHEVASSU. — La syphilis du testicule (La clinique, 5 septembre 1913).

DUPUYTREN. — Leçons orales.

EMERY. — Le néo-salvarsan (La clinique, 2 août 1912).

EMERY. — Observations sur les accidents du néo-salvarsan. (La clinique, 28 février 1913).

FOURNIER. — Traitement de la syphilis, 1909.

FOURNIER. — Du sarcocèle syphilitique. Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, 1875.

GOSSELIN. — Cliniques chirurgicales de la Charité.

HUNTER. — Traité de la maladie vénérienne. Trad. de Richelot, 1853.

JEANSELME et TOURAINE. — Le traitement de la syphilis par le 606. Indications et contre-indications. (Journal médical français, 15 octobre 1911).

JEANSELME. — Du traitement de la syphilis par le 606. (Monographie clinique de l'Œuvre médico-chirurgicale, n° 72, 18 juillet 1913).

MILIAN. — Traitement de la syphilis par le 606. (In Paris Medical, 1912).

MAURIAC. — Traitement de la syphilis, 1899.

OZENNE.— Epididymite syphilitique secondo-tertiaire avec vaginalite intermittente datant d'un an. Echec de l'iodure de potassium, guérison par les frictions mercurielles. (Journal de médecine de Paris, mars 1903).

PETIT (Jean-Louis). — Maladies chirurgicales (fongus).

PÉAN. — Clinique de l'hôpital St-Louis, 1878.

RAVAUT et SCHEIKEVITCH. — Etude sur un nouveau procédé d'injection du néo-salvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions. (Annales de Dermatologie et siphyligraphie, n° 4. Avril 1913).

RAVAUT. — La suppression du rôle nocif de l'eau par l'emploi des solutions concentrées du néo-salvarsan. (Presse médicale, 25 octobre 1913).

RAVAUT et CAIN. — Les accidents et les contre-indications du 606.

RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes.

RICORD. — Annotations au traité de Hunter, 1852.

RECLUS. — De la syphilis du testicule, Paris, 1882.

RECLUS. — Du sarcocèle syphilitique. Clinique et critiques chirurgicales, 1884.

RECLUS. — Article : Organes génitaux de l'homme in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

SÉBILEAU. — Article : Organes génitaux de l'homme in Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

SABRAZÈS et DUBOURG. — Effets de l'arsénobenzol dans un cas de syphilis tertiaire à manifestations cutanées, muqueuses, orchy-épididymaires résultant du traitement hydrargirique. Mode et action sur le sang. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 15 janvier 1911).

SABRAZÈS et DUBOURG. — Pouvoir cicatrisant et actions réparatrices du 606 d'Ehrlich. (Journal médical français, 15 octobre 1911).